Rok XXXIII. Kraków 28. Lipca 1894 r. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*. nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3¼ „	6 „

I. Z kliniki okulistycznej prof. Rydla w Krakowie.

Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Adam Langie,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Co się tyczy zaćmień w ciałku szklanem, to Vanemann, który bardzo wiele obserwował przypadków, widzi w sublimacie w ten sposób stósowanym znakomity środek wyjaśniający: *moins je vois clairement le fond de l'oeil, plus j'ose promettre à mes malades.* Rumszewicz zauważył również w jednym przypadku krótkowidzenia znaczniejszego stopnia z licznemi zaćmieniami w ciałku szklanem, które nie ustępowały mimo piętnastu injekcyj strychniny, po czterech wstrzyknięciach sublimatu znaczną poprawę wzroku a zaćmienia ciałka szklanego ustąpiły bez śladu.

Co do skuteczności wstrzykiwań sublimatu w innych cierpieniach oka, zdania są jeszcze bardziej podzielone.

Nawet optymista Peunow nie widział żadnego skutku w zaniku nerwu wzrokowego. Rumszewicz nie osięgnął żadnej poprawy w dwóch przypadkach *retinitis pigmentosa*, podczas gdy Gepner widział w jednym przypadku polepszenie wzroku już po dwukrotnem wstrzyknięciu. W jednym przypadku zapalenia twardówki Rumszewicza po pierwszem wstrzyknięciu ustąpiły nieznośne bóle głowy a po siedmiu nastąpiło wyleczenie w przeciągu czterech tygodni. Podobny wynik miał Schweinitz w *episcleritis.*

Ważną jest kwestya zapaleń sympatycznych oka.

Dobre wyniki osięgnęli tutaj Gosetti, Roche[1]), Secondi (jeszcze przed wystąpieniem Dariera) i Wichrekiewicz[2]), ale tu oko pierwotnie zajęte, zostało wyłuszczonem.

Zdaniem Abadiego w zapaleniu sympatycznem wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu wyrugowały przynajmniej częściowo wstrzykiwania do wnętrza gałki ocznej, które wszakże w pewnych razach mają niezaprzeczoną wyższość. W przypadkach tych, w których rana nie jest tak ciężka, aby oko nie dało się utrzymać, wstrzykiwania pod spojówkę razem z przyżeganiem ranki są w stanie powstrzymać czasem nawet już wybuchłe zapalenie w drugiem oku; jeżeli jednak oko pierwsze skutkiem rozległego zranienia jest bezwzględnie straconem, lub gdy zapalenie sympatyczne mimo wstrzykiwań postępuje dalej, nie należy zwlekać z wyłuszczeniem gałki. Zato po wyłuszczeniu mogą wstrzykiwania podspojówkowe, zwłaszcza w połączeniu z wcieraniami nader dobre oddać usługi.

Próbowano również i w jaglicy (*trachoma*) wstrzykiwać sublimat do załamka i gdy tutaj Von Millingen nie osięgnął żadnych dodatnich wyników, to przeciwnie Dransart, który wprawdzie obok tego stósował skaryfikacye i szczoteczkowanie, widzi we wstrzykiwaniach dobre uzupełnienie dotychczasowej terapii jaglicy. Wstrzykiwania te do załamka, jak sam miałem sposobność przekonać się, wywołują bardzo znaczne obrzmienie spojówki i powiek. Sam Dransart przyznaje że *ce gonflement est même parfois effrayant, il est analogue à celui du jequirity et de l'ophthalmie purulente intense,* nie dostrzegł jednak, żeby obrzmienie to wpływało szkodliwie na rogówkę.

Chociażby więc nawet przyznać sublimatowi, w ten sposób stósowanemu, pewien wpływ skuteczny na sprawę

[1]) Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire 1892,

[2]) Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych. *Nowiny lekarskie.* Nr. 2. 1894.

jaglicową, to i tak wstrzykiwania te nie przewyższając w niczem dotychczasowych sposobów leczenia, byłyby zdaniem mojem tylko niepotrzebnym balastem w terapii jaglicy, przeładowanej i tak już tylu środkami, nieraz wątpliwej wartości.

Zachęcony powyżej przytoczonemi pomyślnemi wynikami większej części autorów zacząłem jeszcze w roku zeszłym wstrzykiwać sublimat pod spojówkę gałkową w rozmaitych cierpieniach oka.

Do wstrzykiwań używałem z początku rozczynu 1:1000, wstrzykując według Dariera $^1/_{20}$ do $^1/_{10}$ miligrama, później rozczynu 1:2000, z którego wstrzykiwałem po 2 do 3 przedziałek zwykłej, gramowej strzykawki Pravaza. Zrazu posługiwałem się strzykawką pierwotnie przez Dariera zalecaną, t. j. gramową na 20 równych części podzieloną, później używałem zwykłej strzykawki Pravaza o igle platynowej, która przed użyciem i po użyciu daje się wyżarzyć należycie.

U chorych, którym wstrzykiwałem rozczyn sublimatu, nie stósowałem żadnych innych środków ani miejscowo ani ogólnie, prócz opaski, wskazanej już z powodu samego obrzmienia surowiczego spojówki gałkowej, jakie pozostaje po wstrzyknięciu, i atropiny, o ile w danym przypadku zależało na rozszerzeniu źrenicy; chodziło mi bowiem o to, aby tem pewniej wypróbować działanie samych tylko wstrzykiwań.

Przeważna część chorych leczyła się w klinice stałej lub w oddziale ocznym w szpitalu św. Łazarza, ztąd więc możliwe były codzienne ścisłe spostrzeżenia; niektórych tylko chorych, których dla szczupłości naszej kliniki nie można było przyjąć, leczono w klinice ruchomej. W ten sposób rozpocząwszy doświadczenia w Październiku 1893. roku i robiąc je przez kilka miesięcy, miałem sposobność stósować sublimat w kilkudziesięciu przypadkach chorób rogówki, jagodówki, siatkówki i nerwu wzrokowego. Do tych dołączyłem jeszcze kilka spostrzeżeń z prywatnej praktyki Prof. Rydla na chorych w ten sam sposób leczonych, których historyj choroby raczył mi łaskawie udzielić.

Z tych wszystkich jednak tylko 50 przypadków może mi służyć za podstawę do ocenienia wartości leczniczej w mowie będącej metody, gdyż wielu chorych, czy to skutkiem nieregularnego uczęszczania do ambulatoryum, czy też dlatego, że po chwilowem polepszeniu lub pogorszeniu więcej się nie pokazało, usuwa się z pod ścisłej obserwacyi.

Zazwyczaj zakładałem po wstrzyknięciu opaskę na kilka godzin, np. po wstrzyknięciu w południe do wieczora, poczem ją usuwałem, chyba że większy obrzęk spojówki gałkowej wymagał dłuższego zawiązania oka. Niejednokrotnie jednak mogłem się przekonać, że opaska nie jest niezbędnie potrzebną, gdyż w niektórych razach obrzmienie bez niej nie trwało ani dłużej ani nie było większem. W tych tylko przypadkach, w których już sama sprawa chorobowa wywołuje obrzmienie spojówki gałkowej, widziałem obrzęk po wstrzyknięciu niekiedy bardzo znaczny i wtedy założenie opaski było bardzo skutecznem. Przed wstrzyknięciem znieczulałem oko 5% rozczynem kokainy 2—3 krotnie do worka spojówkowego zapuszczonym, co okazało się zupełnie wystarczającem, bo przekonałem się, że nawet i bez znieczulenia rękoczyn ten nie jest zbyt bolesnym.

W gwałtowniejszych tylko sprawach ropnych wstrzykiwałem sublimat codziennie; w przewlekłych natomiast cierpieniach oka co 4 do 5 dni w miarę tego, kiedy ustąpiła reakcya poprzedniem wstrzyknięciem wywołana.

Wyniki, jakie otrzymałem, były następujące (przytaczam tu tylko przypadki ściśle z dnia na dzień obserwowane).

Zapalenie rogówki.

1) Chane H., lat 60, ambulantka. *Abscessus corneae cum hypopyo oculi dextri.* 3 wstrzyknięcia rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Ropień nieduży, *hypopyon* zajmuje $^1/_3$ przodkowej komórki. Już po pierwszem wstrzyknięciu ustały bóle a *hypopyon* zmniejszyło się, po drugiem *hypopyon* znikło; jeszcze jedna injekcya; ropień goi się prawidłowo tak, że 15. dnia od rozpoczęcia kuracyi mogłem już zastósować środki wyjaśniające.

2) Stanisław K., lat 20, klinika stała. *Abscessus corneae cum hypopyo post trauma oculi sinistri.* 8 injekcyj rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — pogorszenie. Ropień rozległy, *hypopyon* zajmuje $^1/_2$ komórki. Dwa razy wypalono galwanokauterem, poczem zastósowałem 8 injekcyj sublimatu; poprawy nie było, owszem przystąpiło zapalenie tęczówki, przestałem więc wstrzykiwać a natomiast zastósowałem ciepłe okłady, atropinę, przepłukiwanie worka spojówkowego sublimatem 1 na 5000 co godzina, na noc jodoform i opaskę. Wśród tego ropień zamienił się na wrzód, który przebił rogówkę. W 18 dni później wrzód wygoił się; środki wyjaśniające.

3) Franciszka Z., lat 30, klinika stała. *Abscessus corneae cum hypopyo et blennorrhoea sacci lacrymalis oculi sinistri,* 11 injekcyj rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza codziennie, atropina, sondowanie, przestrzykiwanie woreczka łzowego rozczynem sublimatu — pogorszenie. Ropień zajmuje połowę rogówki, *hypopyon* wypełnia $^1/_3$ komórki przodkowej. Po pierwszych 2 wstrzyknięciach bóle zmniejszyły się znacznie, *hypopyon* również, odtąd ani poprawy ani pogorszenia. Po 9-tej injekcyi pogorszenie i *hypopyon* zwiększyło się; jeszcze 2 injekcye; wrzód przebił rogówkę, tęczówka opadła. Zaniechano wstrzykiwań, natomiast zalecono ezerynę i opaskę, przy czem w 12 dniach nastąpiło wyleczenie, z pozostawieniem płaskiej blizny z wrośnięciem tęczówki.

4) Gitla W., lat 5, ambulantka. *Abscessus corneae cum hypopyo oculi dextri.* 3 injekcye rozczynu 1:2000 po 2 przedziałki Pravaza, atropina — wyleczenie. Ropień nie duży, wielkości prosa, trwa od tygodnia, *hypopyon* zajmuje $^1/_4$ komórki. Po 2 wstrzyknięciach znikło *hypopyon*; 13. dnia środki wyjaśniające.

5) Aron T., lat $2^1/_2$, ambulant. *Infiltratum purulentum corneae cum hypopyo post combustionem oculi dextri.* Rozległe sparzenie spojówki powiekowej i gałkowej, wstrzykiwania bezskuteczne, rozwinęła się *panophthalmitis.*

6) Kazimierz P., lat 70, klinika stała. *Ulcus corneae cum hypopyo post trauma, hyperaemia iridis oculi sinistri.* 2 injekcye rozczynu 1:2000 po 3 przedziałki Pravaza, atropina — pogorszenie. Wrzód wielkości główki od szpilki, *hypopyon* wysokie na 3 milimetry. Po pierwszem wstrzyknięciu bóle ustały, po 2 dniach jednak *hypopyon* większe. Gdy po 2-giej injekcyi żadnego nie było polepszenia a *hypopyon* jeszcze się powiększyło, dosięgając już połowy przedniej komórki, przekłuto rogówkę i zastósowano następnie ciepłe okłady i atropinę, na noc jodoform i opaskę. W 2 tygodnie po punkcyi na rogówce już tylko plamka; środki wyjaśniające.

7) Dawid R., lat 66, ambulant. *Ulcus corneae cum hypopyo oculi dextri,* 2 injekcye rozczynu 1:1000 po przedziałce Pravaza, atropina — wyleczenie. Wrzód wielkości siemienia lnianego, *hypopyon* na 1 mm. wysokie, mocne bóle w oku i w głowie. Po pierwszem wstrzyknięciu ustały bóle, wrzód czyściejszy, po drugiem ropa z przodkowej komórki znikła, w 4 dni później kalomel.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Madurowicza.

O powikłaniu ciąży guzami jajnika.

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

pierwszy asystent.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Pomiędzy zmianami, jakim uledz może guz jajnika, zajmuje poważne miejsce okręcenie szypuły. Wydarzyć się ono może w ciąży, podczas porodu i w połogu. Czy wydarza się częściej, niż w przypadkach niepowikłanych ciążą? Cyfry statystyczne, zdaje się, przemawiają raczej przeciw temu, niż za tem. Według Olshausena[1]) przydarza się w przypadkach niczem niepowikłanych skręcenie szypuły 8 razy na 100 przypadków. Inni autorowie podają nawet wyższe odsetki. W 109 przypadkach owaryotomii u ciężarnych, zebranych skrzętnie przez Dsirnego[2]) było tylko 10 przypadków skręcenia szypuły t. j. 9%. Cyfra ta jest raczej za duża, niż przeciwnie, bo przypadki skręcenia szypuły u ciężarnej są rzadkie i ciekawe i prawdopodobnie niemal wszystkie weszły do piśmiennictwa, gdy zapewne nie ogłoszono wiele innych, niepowikłanych przypadków.

Mimo tych, tak przekonywających liczb spotykamy się przecież w wielu miejscach ze zdaniem, że ciąża usposabia do okręcenia szypuły. Tego zdania jest między innymi Olshausen[3]) Hegar i Kaltenbach[4]) Hofmeier[5]), Pozzi[6]), Riedinger[7]) i Bylicki[8]), który w ogóle na 60 przypadków guzów jajnika widział tylko trzy razy skręcenie szypuły a z tych trzech dwa dotyczyły ciężarnych. Olshausen i Reuter[9]) tłómaczą nawet przyczynę tej, jak widzimy, problematycznej częstości skręceń szypuły; obydwaj tłómaczą to jakimś ruchem obrotowym, udzielonym guzowi przez rosnącą macicę ...*der schwangere Uterus theilt jenem (dem Ovarialtumor) eine drehende Bewegung mit* (Olshausen). *Der schwangere wachsende Uterus kann dem Ovarialtumor eine drehende Bewegung mittheilen* (Reuter). Tłómaczenie to jednak jednę niewiadomą zastępuje drugą, bo trudno rzeczywiście zrozumieć, w jaki sposób macica udziela ruchu tego guzowi, macica, która przecież sama w ciąży ruchów obrotowych nie wykonywa. Prawdopodobniejszem wydaje mi się tłómaczenie inne. W rozwoju zwykłych, ciążą niepowikłanych guzów jajnika można zwykle dostrzedz dwa stadya rozwoju. W pierwszem znajduje się torbiel jeszcze mały w miednicy małej, najczęściej poza macicą; w drugiem nie znachodząc już miejsca w miednicy małej wysuwa się ponad wchód miednicy. W pierwszym okresie ruchomość jego jest nieznaczna; w drugim, zwłaszcza, dopóki nie zajmuje całej jamy brzusznej, jest zwykle ruchomy. W tym też czasie występuje skręcenie szypuły. Powstanie jego ułatwia niezawodnie długa, wąska szypuła, bo krótka i gruba w chwili, kiedy guz wychodzi do miednicy małej, napina się a napięcie to musi do pewnego stopnia ograniczać ruchomość torbiela. To napięcie musi się zmniejszyć wtedy, kiedy dolny punkt przyczepienia szypuły, t. j. róg macicy podniesie się ponad wchód miednicy, n. p. przy wzroście macicy ciężarnej. Oba końce szypuły zbliżą się w ten sposób do siebie, napięcie zmniejszy się a co zatem idzie, powiększa się ruchomość guza i możność skręcenia szypuły.

Tak możnaby tłómaczyć częstość skręcenia szypuły u ciężarnych, która jednak, jak wyżej przytoczone cyfry wykazują, wcale nie jest pewną.

Objawy skręcenia szypuły u ciężarnych występują równie ostro i gwałtownie, jak i w przypadkach niczem niepowikłanych; wyliczanie ich i omawianie byłoby przekroczeniem ram, zakreślonych niniejszemu artykułowi.

Jedno tylko nasuwa się pytanie, które wymaga odpowiedzi, a mianowicie, jak wpływa to skręcenie na przebieg ciąży? Czy ostre objawy towarzyszące temu powikłaniu sprowadzają poronienie i jak prędko?

Na pytanie to nie znajduję jednak odpowiedzi w zapiskach literackich. Jest wprawdzie w wielu miejscach mowa o tem, że powikłanie to jest specyalnie u ciężarnych niebezpieczne, z drugiej jednak strony wiele ogłoszono przypadków, które przemawiają przeciw temu, przypadków, z których wynika, że objawy wywołane skręceniem szypuły są wprawdzie groźne, ale mogą trwać całe tygodnie i nie przerwać ciąży. Tu należy między innymi i nasz przypadek 7. Nawet owaryotomia po skręceniu szypuły, która, jak zobaczymy, sama przez się wywołać może poronienie, najczęściej nie przerywa ciąży.

(Dwa przypadki Schrödera[1]), jeden Steilbruna[1]) jeden Küstnera[1]), jeden Olshausena[1]), jeden Frommla, dwa Riedingera, w końcu jeden nasz).

Oprócz szybkiego wzrostu, przemiany w nowotwór złośliwy i skręcenia szypuły, których względna częstość w ciąży wcale nie jest niezbicie stwierdzona, mają się jeszcze wydarzać inne powikłania, rzadkie a groźne, t. j. pęknięcie torbiela, krwotok do nowotworu i zropienie guza. Z powodu rzadkości tych komplikacyj trudno stwierdzić, czy ciąża, poród lub połóg rzeczywiście do ich wystąpienia się przyczyniają (Bylicki)[2]). Wprawdzie przypadki Spencera Wellsa[3]), Rosensteina[4]) i wielu innych dowodzą, że pęknięcie torbiela w ciąży musi być uważane za powikłanie ciężkie a cyfry Nepveugo i Aronsohna wykazują znaczną jego śmiertelność, to przecież z drugiej strony wiemy, że i poza ciążą zdarzenie to jest możliwe. Pomiędzy naszymi dziesięcioma przypadkami znajdujemy tylko jeden, 5-ty, w którym przyczyną śmierci było zropienie guza.

Tak przedstawiają się pokrótce zebrane objawy cierpienia, o którem mowa, i wzajemny wpływ torbieli na ciążę i naodwrót. W historyi chorób dziesięciu naszych przypadków znajdujemy ilustracye prawie wszystkich zestawionych tu objawów.

Na załączonej wyżej tabliczce pod liczbami 2, 3, 4, 5 i 7 są przypadki, w których nie rozpoznano przed operacyą lub porodem jednego z dwóch wikłających się stanów, t. j. ciąży

[1]) Olshausen l. c.
[2]) Dsirne: Archiv f. Gynaekol. XLII. p. 415.
[3]) Olshausen l. c. p. 108.
[4]) Hegar i Kaltenbach: Die operative Gynaekologie 1886. p. 249.
[5]) Hofmeier: Grundriss der gynaekologischen Operationen 1892. pag. 349.
[6]) Pozzi: Traité de gynékologie 1892. p. 799.
[7]) Riedinger: Prager medicinische Wochenschrift 1891. Nr. 17.
[8]) Bylicki.
[9]) Reuter l. c.

[1]) Cyt. z Dsirnego l. c.
[2]) Bylicki l. c. str. 521.
[3]) Spencer Wells: Die Krankheiten der Eierstöcke 1874.
[4]) Rosenstein: Centralblatt f. Gynaekol. 1892. Nr. 41.

albo guza jajnikowego. Tych przypadków jest pięć a więc równe 50%. Jeżeli zważymy, że wszystkie te przypadki badane były dokładnie, bo w klinice i przez tak doświadczonego ginekologa i bystrego dyagnostę, jakim był ś. p. prof. Madurowicz, to śmiało powiedzieć możemy, że w niektórych przypadkach ciąży powikłanej guzami jajnika rozpoznanie jest bardzo trudne. Tego zdania są zresztą wszyscy autorowie, którzy mieli sposobność widzieć wiele takich przypadków. Pomyłki rozpoznawcze możliwe są pod dwojakim względem: albo rozpoznaje się tylko guz jajnikowy a pomija w rozpoznaniu ciążę, albo naodwrót. Oczywiście, że pierwsza pomyłka jest częstsza w przypadkach wczesnej ciąży, której rozpoznanie w przypadkach niczem niepowikłanych bywa chwiejne a w przypadkach powikłanych może się stać niemożliwe. Natomiast rozpoznaje się tylko ciążę a pomija guz jajnika przeważnie wtenczas, kiedy ciąża jest bliska kresu i wszystkie jej objawy pewne dadzą się łatwo wyśledzić a guz jajnikowy, w porównaniu z macicą mały, kryje się poza nią. W zestawionych przezemnie przypadkach dwa razy nie rozpoznano guza jajnikowego, oba razy podczas porodu na czasie; trzy razy nie rozpoznano ciąży w drugim, trzecim i czwartym miesiącu. Wyjaśnianie dokładniejsze przyczyn tych pomyłek byłoby zbyteczne i zaprowadziłoby nas za daleko na pole dyagnostyki guzów brzusznych z jednej strony a ciąży z drugiej.

Pomyłek takich zapisuje piśmiennictwo bardzo wiele; niektóre z nich wywołały lub mogły były wywołać skutki bardzo niemiłe. Tak znakomity dyagnosta i operator, jak Spencer Wells, mając przed sobą ciążę pięciomiesięczną powikłaną torbielem wcale jej nie rozpoznał ani przed operacyą ani podczas operacyi. Uważając podczas laparotomii macicę ciężarną za guz drugiego jajnika nie wahał się nakłuć jej, poczem był zniewolony macicę wypróżnić i zaszyć. Dsirne[1]) zbiera skrzętnie inne, w piśmiennictwie znane przypadki podobnych pomyłek, które jednak w rękach mniej od Wellsa wprawnych chirurgów (Erskine, Mason, Pollock) zakończyły się śmiercią operowanej.

Do objawów ułatwiających najbardziej rozpoznanie ciąży wczesnej obok guza, należy niewątpliwie ustanie regularności. W naszych wszystkich przypadkach objaw ten chore podawały wyraźnie. W zwykłych przypadkach torbieli jajnikowych miesiączka nie ulega zboczeniom a ustaje tylko wtenczas, gdy u chorej rozwija się charłactwo lub jeżeli zmiana nowotworowa zajmuje oba jajniki. Jeżeli jedno i drugie da się wykluczyć, to samo ustanie peryodu w przypadkach guzów jajnika czyni rozpoznanie ciąży bardzo prawdopodobnem.

Z innych objawów prawdopodobnych zmiany w sutkach nie mają żadnego znaczenia, większe już nieco rozpulchnienie i zesinienie pochwy i części pochwowej. Najbardziej ułatwia rozpoznanie wykazanie powiększenia macicy, tylko niestety objaw ten wobec trudności w badaniu oburęcznem często nie daje się wykazać.

Nad rokowaniem nie będę się wcale zastanawiał, nie chcąc powtarzać uwag uczynionych już powyżej; zresztą zastanawiając się nad postępowaniem leczniczem, będę miał sposobność wspomnieć o niem niejednokrotnie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Dsirne l. c.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił
Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.
Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Neumann[1]) widział pięć przypadków łożyskowego zarażenia się płodu kiłą od matki, które w ciąży nabyła kiły. Z powodu wymienionych przypadków można wypowiedzieć następne uwagi: w żadnym z nich nie było pewności, iż matka była wolną od kiły w chwili zapłodnienia lub przedtem; wpływu też ojca na zdrowie potomstwa nie można było wykluczyć, albowiem wypada z opisu przypadków, iż stan zdrowia ojca w chwili zapłodnienia matki nie był znany, nadto zaś w przypadkach 1-ym i 3-im ściśle i dokładnie nie przekonano się o kiłowej naturze choroby dziecka.

W okresie kilku lat ostatnich (1886 — 1892) sprawę łożyskowego zarażenia się płodu kiłą roztrząsali szczegółowo: Legrand[2]), Barduzzi[3]), Gamberini[4]), Cicero[5]) i Neumann.[6])

Nie będziemy tu z braku miejsca rozpatrywać szczegółowo wszystkich rozumowań i zdań wymienionych autorów; zaznaczymy tylko, iż mniemają oni, jakoby przyrzut kiłowy z łatwością przenikać mógł przez łożysko a więc kiła matki udzielała się często potomstwu za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku; Barduzzi nadto zaprzecza wcale temu, iżby kiła matki mogła przekazywać się potomstwu za pośrednictwem zakażonego kiłą jajka; zdaniem więc jego kiła matki udziela się potomstwu litylko drogą obiegu krwi w łożysku. Według zdania Neumanna matka, która nabyła kiły już po zajściu w ciążę, mianowicie zaś w pierwszej jej połowie, udziela niekiedy swej choroby płodowi, kiła zaś, którą matka zaraziła się w drugiej połowie ciąży, zazwyczaj nie przechodzi na potomstwo. Największe widoki pozostania niezakażonemi mają te dzieci, których matki nabyły kiły dopiero w ostatnich miesiącach ciąży, ojcowie zaś podczas zapłodnienia nie mieli kiły.

Pozostaje nam jeszcze do rozpatrzenia kilka najnowszych przypadków śródmacicznego zarażenia się płodu od matki kiłowej.

Przypadek Mijnlieffa[7]) tyczył się 28-letniego kupca, który, zaraziwszy się kiłą po zapłodnieniu swej żony, udzielił jej swej choroby w 3-m miesiącu ciąży; u dziecka, które urodziło się zdrowe i dobrze odżywione, w siedm dni po przyjściu na świat wystąpiła na brzuchu i piersiach osutka oraz nieżyt nosa; dziecko zmarło nagle w 18 dni po urodzeniu się. W przytoczonym przypadku objawy chorobowe u dziecka tak są niedokładnie i pobieżnie opisane, iż mimowolnie powstaje wątpliwość co do kiłowego charakteru zmian na skórze i błonach śluzowych, tembardziej zaś, jeśli weź-

[1]) Wiener mediz. Presse. 1885. 29. str. 928—930.
[2]) Syphilis et grossesse. Thèse. Paris 1886.
[3]) Giorn. ital. d. malattie veneree 1887. 3. str. 133—134.
[4]) Bollet. d. sc. med. di Bologna 1889. XXIV. str. 55—78.
[5]) Gior. ital. d. mal. veneree 1890. 4. str. 321—328.
[6]) Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1892. 4. str. 603, 613—614.
[7]) Nederland. Tijdschr. v. Geneeskunde. 1885. 22 str. 442—446.

niemy pod uwagę ogólny stan zdrowia dziecka, który prawie wyłącza myśl o kiłowem zakażeniu ustroju noworodka.

Przypadek spostrzegany przez Andronica [1]) należy też do rzędu wątpliwych, albowiem nie znajdujemy w jego opisie żadnych wzmianek o stanie zdrowia ojca w chwili zapłodnienia matki, która, zaraziwszy się w 2-im miesiącu ciąży kiłą, wydała następnie na świat dziecię z wybitnymi objawami kiły krwotocznej (*syphilis haemorrhagica*); można więc przypuścić u dziecka kiłę dziedziczną, a nie wrodzoną.

Więcej przekonywającymi są dwa przypadki Barduzziego [2]); tyczyły się one matek, w 5-ym, względnie 6-ym miesiącu ciąży, które zarazili ich mężowie, ci zaś nabyli kiły już po zapłodnieniu żon swoich; w następstwie przyszły na świat dzieci, przedstawiające wybitne oznaki kiły.

Przypadek Schlichtera [3]) wypada też zaliczyć do rzędu mniej wątpliwych spostrzeżeń łożyskowego zarażenia się płodu od matki kiłowej: pewna kobieta, będąc zapłodnioną przez zdrowego męża, który przedtem nie przebywał wcale kiły, zaraziła się od niego w 3-im miesiącu ciąży kiłą; mąż jej zaś nabył kiły w 4 tygodni po zajściu w ciążę swej żony. Dziecię, które przedwcześnie, bo na początku 9-go miesiąca ciąży przyszło na świat, okazywało wybitne objawy kiły na skórze i błonach śluzowych.

Przypadek Chauffarda [4]) tyczył się młodej dziewczyny, która będąc zapłodnioną przez niewiadomego mężczyznę (o stanie zdrowia jego nie było wcale wiadomości), nabyła w ciąży kiły i wydała później na świat pozornie zdrowe dziecię, u którego jednak po upływie 5-u miesięcy pojawiła się na skórze osutka rumieniowa obok zmian swoistych kiłowych w wątrobie i śledzionie. W przytoczonym przypadku w obec późnego pokazania się objawów kiły u dziecka, powątpiewać wypada o dziedzicznej lub wrodzonej kile; jeśli zaś należy przyjąć, iż choroba dziecka nie była po urodzeniu nabyta, lecz pochodziła od rodziców, i wtedy nawet nie moglibyśmy stanowczo oświadczyć się co do udziału matki w sprawie przekazania kiły dziecku, ponieważ ojciec pozostał nieznanym i o stanie jego zdrowia nic nam nie wiadomo.

Rozpatrując się w zestawionym powyżej, długim szeregu przypadków rzekomego łożyskowego zarażenia się płodu od matki kiłowej i poddawszy je krytyce, uzasadnionej warunkami, które już poprzednio oznaczyliśmy jako niezbędne dla spostrzeżeń tego rodzaju, musimy przyjść do wniosku, iż z kilkudziesięciu opisanych przypadków śródmacicznego zarażenia się płodu kiłą, nabytą przez matkę w ciąży, w kilku zaledwie można przypuścić, iż kiła matki udzieliła się płodowi za pośrednictwem łożyskowego obiegu krwi (przypadki Vajdy, Zeissla, Barduzziego, Schlichtera); lecz i wymienione przypadki wahamy się zaliczyć do rzędu niewątpliwych i udowadniających łożyskowe zarażenie się płodu, gdyż, jak to już nadmieniliśmy, może tu powstać zkądinąd uzasadnione podejrzenie, iż dziecię było spłodzone nie przez zdrowego i wolnego od kiły małżonka matki, lecz przez kiłowego jej kochanka; choroba więc dziecka nie byłaby wtedy kiłą wrodzoną, lecz dziedziczną i pochodziłaby nie od matki, lecz od ojca.

[1]) Gior. ital. d. malattie veneree. 1886. 4. str. 239—240.
[2]) Tamże 1887. 3. str. 134—135.
[3]) Wiener klin. Wochenschrift 1891. 1. str. 7; Fall. I.
[4]) Semaine médicale. 1891. 33. str. 265.

Przeciwko teoryi łożyskowego zarażenia się płodu kiłą oświadczyło się wielu autorów, jak mianowicie: Hunter [1]), Behrend [2]), Mandon [3]), Capdevilla [4]), Baerensprung [5]), Geigel [6]), Pick [7]), Kassowitz [8]), Mewis [9]), Hecker [10]), Schreder [11]) i Mangen [12]); niektórzy z nich, zaprzeczając, jakoby nabyta podczas ciąży przez matkę kiła mogła udzielić się płodowi, nie przytoczyli wszakże żadnych przekonywających dowodów na potwierdzenie swego zdania (Mandon, Hunter, Behrend, Capdevilla); Pick zaś podał opis 10-ciu przypadków tyczących się matek, które dostawszy kiły w ciąży urodziły pomimoto zdrowe i wolne od kiły dzieci. Baerensprung, opierając się na 14 dokładnie spostrzeganych przypadkach, utrzymuje, że kiła nabyta przez matkę po zapłodnieniu nie udziela się podczas ciąży dziecku; przypadki opisane przez Baerensprunga tyczyły się zdrowych matek, które nabywszy kiły w ciąży, wydały na świat donoszone, dobrze odżywione i wolne od kiły dzieci. Wymieniony autor dodaje, iż oprócz przytoczonych przypadków, mógłby podać jeszcze wiele podobnych. Kassowitz widział wiele przypadków, w których matka, zapłodniona przez zdrowego poprzednio męża, zaraziła się kiłą w ciąży, wydała jednak na świat zupełnie zdrowe i wolne od kiły dziecię. W obec tego utrzymuje Kassowitz, iż kiła matki, nabyta przez nią już po zapłodnieniu, nie udziela się płodowi, pomimo ścisłego związku jego z ustrojem matki; widocznie więc przyrzut kiłowy w wymienionych okolicznościach znajduje w ścianach naczyń krwionośnych lub gdzieindziej przeszkodę, która mu nie pozwala przeniknąć przez łożysko. Zdaniem Kassowitza dowodzi ta okoliczność różnicy pomiędzy przyrzutem kiłowym a przyrzutem ospy, duru, wąglika i innych chorób zakaźnych, który może przenikać przez łożysko. Prawdopodobnem byłoby tu przypuszczenie, iż przyrzut kiłowy zespolonym jest we krwi z morfologicznymi ustrojami, a więc przejście jego do obiegu krwi u płodu przez łożysko w zwykłych okolicznościach, jest wielce utrudnionem. Wiele doświadczeń przemawia za tem, iż łożysko stanowi niejako filtr, przepuszczający li tylko lotne ciała i ciecze, organizowane zaś cząstki nie mogą przenikać przez łożysko (Jasiński [13]), Fehling [14]) i Miropolska [15]). Zarzuty podniesione przez Casparego [16]) i Fingera [17]) przeciwko twierdzeniom Kassowitza, tyczącym się łożyskowego zarażenia się płodu kiłą są poniekąd słuszne, nie obalają ich jednak w zupełności: Caspary zwraca uwagę, że wcale nie dowiedziono, iżby przyrzut kiłowy zespolonym był z komórkami, według zaś zdania Fingera, chociaż-

[1]) Traité des maladies vénériennes. Paris 1852. str. 564.
[2]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 1.
[3]) Journal de médecine de Bruxelles 1856. Janvier-Février.
[4]) La Cronica de los Hospitalos. 1856. str. 356.
[5]) l. c. str. 156.
[6]) l. c. str. 298.
[7]) Wiener medicinische Halle. 1863 11. 12.
[8]) Wiener mediz. Jahrbuch. 1875. str. 411—428.
[9]) Zeitschrift f. Gebursth. und Gynaecol. 1879. IV. str. 10.
[10]) Beobachtungen und Bemerkungen an der Gebäranstalt zu München (1859—79) München 1891.
[11]) Lehrbuch der Geburtshilfe. VI Aufl. Berlin 1880. str. 367.
[12]) British medical Journal 1889 II. str. 889.
[13]) Virchows Archiv 1867 XL str. 350.
[14]) Beitrag zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs 1877. str. 19.
[15]) Wracz 1884. Nr. 46.
[16]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis 1877. 4. str. 488.
[17]) Archiv f. Dermatol. und Syphilis 1890. 3. str. 347.

by dowiedziono, iż łożysko nie przepuszcza twardych i uorganizowanych ciałek, nie przesądzałoby to wcale możliwości przenikania przez łożysko toksyn kiłowych, t. j. lotnych lub płynnych produktów, powstałych z przyrzutu łożyskowego; wprawdzie toksyny kiłowe nie są w stanie wywołać w ustroju charakterystycznych i właściwych kile zmian, lecz płód będąc odżywiany pokarmem obfitym w wymienione toksyny, staje się odpornym względem kiły; jak widzimy więc, teorya Fingera wcale nie potwierdza łożyskowego zarażenia się płodu kiłą, jakkolwiek najzupełniej wystarcza dla dokładnego zrozumienia odporności matek, zapłodnionych przez ojców kiłowych i noszących w swem łonie płód zakażony. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Przypadek otrucia kwasem karbolowym.

Podał

Dr. E. Schmidt,

lekarz miejski we Lwowie.

Dnia 20. Kwietnia r. b. o trzy kwadranse na 2gą po południu wezwano mię do dziecka 5-cio letniego, które bawiąc się próżnemi flaszkami z wody mineralnej, nagle paść miało nieprzytomne. Przybyłem na miejsce w kwadrans po przypadku i znalazłem chłopaka 5-letniego, doskonale odżywionego i zbudowanego, zupełnie nieprzytomnego. Źrenice zwężone nie oddziaływały na światło, rogówki bez czucia. Znaczna sinica twarzy i kończyn, obfite poty zimne. Oddech powolny, ciężki, tętno ledwie wyczuwalne, nie dające się policzyć. Usta, broda i szyja w okolicy gardła oparzone a błona śluzowa jamy ust i policzków rozpulchniona i jakby pobielona. Gdy w tej chwili przybył Dr. R. i pogotowie ze stacyi ratunkowej, przystąpiłem do przepłukania żołądka czystą wodą letnią a następnie z domieszką tlenku magnowego (*magnesia usta*). Spotrzebowałem 25 do 30 litrów wody. Podczas tego zabiegu spostrzegliśmy, że tętno ustało i dziecię przestało oddychać; to też Dr. S. wstrzyknął choremu pełną strzykawkę eteru z kamforą (1 : 10) i wspólnie z Drem R. podjął sztuczne oddychanie. Gdy zdawało się, że usiłowania nasze nie odniosą skutku, wyjąłem zgłębnik żołądkowy i ułożyłem dziecię na łóżku w przekonaniu, że żyć przestało. Po chwili jednak spostrzegłem, że tętno wraca. Zastósowałem więc znowu sztuczne oddechanie, nadto nacieranie całego ciała wyskokiem, w końcu obłożyć kazałem dziecię gorącemi bańkami.

Około godziny 4-tej wystąpiły mocne drgawki w całem ciele; gdym zaś przybył do chorego, widziałem już tylko kurcze mięśni twarzy, lecz i te ustały niebawem.

Dalszy przebieg da się streścić w kilku słowach: chłopak przebył w śpiączce przeszło 41 godzin, oddawał kał i mocz wybitnie karbolowy bezwiednie, nie przyjmował zgoła żadnych pokarmów, gdyż krztusił się mocno i widocznie odczuwał wtedy ból.

W niedzielę, t. j. 22. Kwietnia około godziny 8. rano po podaniu łyżeczki zimnej kawy, zaczął się krztusić i dławić i sam wyjął sobie palcem z ust — jakby odlew — błonę śluzową całego przełyku.

Odtąd wracało zdrowie bardzo szybko a w 5 tygodni po zdarzeniu nie okazywał chory objawów zwężenia przełyku, choć nie sądzę, by sprawa ta obejść się mogła bez złych następstw; zresztą ani ja, ani żaden z obecnych kolegów o podobnem wydzieleniu w całości błony śluzowej przełyku nie słyszeliśmy a w dostępnem sobie piśmiennictwie znajduję tylko w *Real-Encyklopaedie* Eulenburga krótką wzmiankę: *Ablösungen der Mucosa sind selten.* (Lewin I. III. str. 631).

Chłopak w dniu przypadku prócz kawy z bułką, zjadł rano około godziny 12-tej kawałek chleba z masłem; żołądek był zatem prawie pusty. Karbol był zgęszczony, lecz ilości połkniętego płynu ani w przybliżeniu podać nie mogę.

Badanie mikroskopowe dokonane przez Dra Krokiewicza wykazało, że błona owa jest częścią powierzchowną błony śluzowej przełyku, która uległa nekrozie koagulacyjnej.

V. Oceny i sprawozdania.

Näcke. **Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe.** Mit Ausblicken auf die Criminal-Anthropologie überhaupt. Braumüller (Wien und Leipzig) 1894. str. 255.

Dr. J. L. A. Koch. **Die Frage nach dem geborenen Verbrecher.** Ravensburg 1894. 8⁰ 53 str.

Dwie mamy do zapisania monografie niemieckie, roztrząsające temat Lombrozy o *delinquente nato*.

Pierwsza i obszerniejsza z nich przedstawia wyniki badań na kobietach-zbrodniarkach i obłąkanych. We wstępie zaznajamia nas N. z materyałem swych badań. Z 53 kobiet, przysłanych z zakładów karnych do zakładu obłąkanych w Hubertusburgu, 15% było już dawniej obłąkanych, 20% zaś takich kobiet, które w czasie popełnienia zbrodni były niewątpliwie umysłowo upośledzone. Z dat tych wynika, iż niemal $^1/_4$ skazanych cierpi w domu kary za czyny, których im nie należało poczytać!

Na podstawie własnych badań porównawczych na 53 kobietach-zbrodniarkach dotkniętych obłąkaniem, 43 kobietach umysłowo chorych i 100 kobietach zdrowych doszedł N. do następujących wniosków, tyczących się stósunku właściwości antropologiczno-biologicznych do zbrodni i obłąkania u kobiet.

Ogólne zdrowie fizyczne najlepsze było u obłąkanych, gorsze u zdrowych, najgorsze u obłąkanych zbrodniarek, co tłómaczy się nieprawidłowym trybem ich życia. Co do budowy czaszki, to gdy u zdrowych przeważał rozwój części czołowej czaszki nad jej częścią potyliczną, u obłąkanych stósunek ten był odwrotnym. Wodogłowie najczęściej widział N. u obłąkanych, o wiele rzadziej u umysłowo zdrowych. Dolichocefalia (głowa podłużna) przeważała u obłąkanych, rzadziej u zbrodniarek (wedle Lombrozy odwrotnie), natomiast submikrocefalię znajdywał prawie wyłącznie u zbrodniarek. Największa pojemność czaszki była u zdrowych, najmniejsza u zbrodniarek.

Szerokie twarze o typie mongolskim, prognatyzm, niskie lub tak zwane uciekające czoła, dalej szerokie a przy nasadzie zapadłe nosy, to właściwości zbrodniarek; natomiast wady utworowe małżowin usznych wydarzały się równie często u zbrodniarek, jak u zdrowych. Na podstawie skrzętnych badań ogranicza autor szereg znamion atawizmu i dochodzi do wniosku, iż cechy zwyrodnienia nie są bynajmniej tak częste u zbrodniarek, aby można na ich podstawie wykazać odrębny typ zbrodniarek.

Czynnikami, które stanowią właściwą okoliczność etyologiczną dla zbrodni, są zdaniem autora wpływy socyalne; złe stósunki higieniczne, w których przebywa świat zbrodniarzy, jest przyczyną krzywicy, upośledzającej rozwój czaszki; częste zakażenie kiłowe odbija się również dotkliwie na tych jednostkach, mała ich inteligencya obok chorobowej drażliwości usposobienia i złe wychowanie stanowią u nich właściwy *agent provocateur* przewrotności.

Jeźli nawet pewna jednostka posiada z natury skłonność do chorób umysłowych, to przecież nie musi ona ko-

niecznie stać się zbrodniarzem, zwłaszcza jeźli stósunki jej życia i jej wychowanie będą dobre i korzystne. Lombroso mówi o utajonym zbrodniarzu w tych przypadkach, w których jednostka jest z natury zwyrodniałą a dzięki korzystnym stósunkom bytu swego nie ulega popędom do zbrodni.

Cennym jest ustęp roztrząsający pojęcie moralności i zbrodni. Moralność — twierdzi autor — jest zdobyczą umysłu ludzkiego, nie jest zaś wrodzoną jego właściwością; a gdy pojęcie zbrodni stanowi negacyę moralności, przeto i skłonność do zbrodni jest raczej nabytą, niż wrodzoną.

W końcu dziełka zastanawia się autor nad ocenieniem karno-sądowem zbrodniarzy, przyczem, opierając się na spostrzeżeniu, iż wielka liczba zbrodniarzy okazuje się tylko psychopatycznie upośledzoną (*psychopathische Minderwerthigkeit*) a mając dokładne pojęcie, co złe a co dobre, dopuszcza się złego, bo mu nie umie oprzeć się, oświadcza się za przyjęciem w praktyce sądowej zmniejszonej poczytności (*verminderte Zurechnungsfähigkeit*). Pracę kończy rozdział o środkach zaradczych celem wstrzymania szerzenia się popędów zbrodniczych.

Na wzmiankę wreszcie zasługuje projekt autora, zdążający do umieszczania umysłowo chorych zbrodniarzy z popędem do niszczenia w odrębnych na cel ten urządzonych zakładach, któreby jednak były połączone z domem kary; umysłowo chorych zbrodniarzy łagodnego usposobienia można bez szkody umieszczać w dotychczasowych zakładach dla obłąkanych.

Druga monografia, ogłoszona przez Dra Kocha, jest w wynikach swych zgodną z wywodami Naeckego.

Na podstawie badań kraniometrycznych (na 205 czaszek okazywało 40 wybitne znamiona zwyrodnienia) dochodzi K. do wniosku, że domniemane charakterystyczne cechy czaszki zbrodniarza nie są dla niej wcale charakterystycznemi, tem samem obala K. naukę Lombrozy.

Roztrząsając pytanie, czy można mówić o urodzonym zbrodniarzu, przedstawia K. swój podział zbrodniarzy na nałogowych i okolicznościowych. Pierwsi mogą być umysłowo zdrowi lub chorzy, lub psychopatycznie upośledzeni. Zdaniem K. przemawia obecność cech zwyrodnienia, podanych przez szkołę włoską, jedynie za niedokładnością fizycznego i duchowego rozwoju jednostki, za jej obciążeniem neuropatycznem. W końcu oświadcza K., iż zbrodniarzy umysłowo chorych należy umieszczać w zakładach dla obłąkanych, zbrodniarzy zaś psychopatycznie upośledzonych należy na zasadzie zmniejszonej ich poczytności karać lżej, jakoteż umieszczać w odpowiednich domach poprawy. *Wachholz.*

Chirurgia.

H. Fischer: Ropienia w przestworze podpępkowym.

Poniżej pierścienia pępkowego, po obu stronach linii białej znajduje się trójkątny przestwór podstawą ku górze, wierzchołkiem ku dołowi zwrócony, na szerokość dłoni pod pępkiem się gubiący, którego wewnętrzną granicę linia biała a zewnętrzną brzeg pochwy mięśnia prostego stanowi; pochodzenie swoje zawdzięcza on tętnicy pępkowej, której przebiegowi w tej okolicy odpowiada. W przestworze tym wydarzają się ropienia ostre lub przewlekłe, powstające bądź to na miejscu, bądź to w odleglejszych ogniskach biorące początek. Autor obserwował 5 przypadków ostrego, ropnego zapalenia w przestworze podpępkowym u 5 mężczyzn i na ich podstawie przychodzi do wniosku, że najprawdopodobniejszą przyczyną jego jest uraz. Obraz ogólnych objawów rozpoczynają dreszcze, całemu przebiegowi towarzyszy gorączka od 38·5 do 39·5. Do tego dołączają się bóle brzucha, rozpromieniające się od pępka, potęgujące się za ruchami a jeszcze bardziej za uciskiem na powłoki brzuszne. Stósownie do tego zmuszeni są chorzy leżeć spokojnie na grzbiecie z torem oddechowym żebrowym. Dalej zjawiają się wymioty mas śluzowych, później żółciowych zwiększające się za użyciem pokarmów i napojów, co znów potęguje bóle; tętno szybkie i małe, pragnienie i uczucie strachu. Objawy te w większym stopniu łatwo mogą sprowadzić pomyłkę rozpoznawczą na korzyść zapalenia otrzewnej lub niedrożności jelit, co do tej, zwłaszcza dlatego, że brak stolca i wiatrów, których chorzy z obawy przed powiększeniem się bólów nie oddają. Po 2 do 4 dniach objawy te ustępują powoli, ból zaczyna ograniczać się do okolicy podpępkowej, wreszcie występuje na tem miejscu zaczerwienienie skory i wyraźny obrzęk. Za obmacywaniem teraz możliwem daje się wykazać naciek trójkątny, nieprzesuwalny, podstawą ku górze zwrócony; skóra nad nim przesuwalna, ale nie dająca się w fałd ująć, wypuk stłumiony; naciek cały daje się z powłokami brzusznymi unieść ku górze. W 9 do 12 dni wyrabia się wyraźny, ograniczony guz eliptyczny, wielkości pęcherza moczowego. Leczenie polega z chwilą ustalenia się rozpoznania na nacięciu szerokiem przez powolne preparowanie i wyskrobaniu, następnie tamponowaniu gazą jodoformową; z chwilą ustania sekrecyi szew. Rokowanie przy takiem postępowaniu pomyślne; zagojenie następuje rychło i bez powikłań. Inaczej cokolwiek rzecz się ma z przewlekłemi ropieniami przestworu podpępkowego, które jeszcze rzadziej występują, niż ostre. Tło tutaj stanowi najczęściej gruźlica lub promienica; przebieg, objawy ogólne i zejście zupełnie podobne, jak w takich sprawach w innych okolicach ciała. Na uwagę tylko zasługuje nierzadkie przebicie ropnia do jelit i w parze z tem idąca przetoka kałowa. Ze spraw chorobowych, które w odleglejszych ogniskach biorą początek, aby następnie dosięgnąć przestworu podpępkowego, zasługują na wymienienie ropnie opadowe, najczęściej z żeber lub mostka, ropnie wątroby, wreszcie ropienie po zapaleniu naokoło kątnicy. Również na tle bąblowca i raka, rzadziej pierwotnie, częściej przerzutowo tu się zjawiającego spostrzegano ropienie w przestworze podpępkowym. (*Sammlung klin. Vorträge.* Zeszyt 89. 1894). *Dr. Kaczyński.*

Patologia.

Pagano: Działanie toksyczne limfy i krwi.

Wobec znaczenia, jakie ma obecnie leczenie surowicą, mają badania autora tyczące się działania trującego krwi i limfy jednego gatunku zwierząt na inny pewną wagę. Autor przekonał się, że zarówno krew jak i limfa działają szkodliwie na ustrój innego zwierzęcia, pierwsza energiczniej od drugiej. Działania tego nie można przypisywać niszczeniu ciałek krwi, które pod wpływem limfy nie ulegają zmianie. Mamy tu do czynienia ze substancyami trującemi, których ilość może zwiększać się pod wpływem pewnych stanów chorobowych i które pochodzą ze krwi samej. Doświadczenia na psach i królikach przekonały autora, że działanie zabójcze przelanej krwi polega nie na rozpuszczaniu się ciałek, lecz na zwiększeniu się krzepliwości krwi. (*Archivio per la Scienze med. XVI.* Zeszyt III). *Beck.*

Zapiski terapeutyczne.

— N. P. Simanowsky (z kliniki laryngologiczno-otyatrycznej w Petersburgu): O leczeniu chorób górnych dróg oddechowych ortochlorofenolem i parachlorofenolem. Jeszcze w roku 1890. przekonał się P. M. Pelechin, że mięszanina chlorku wapna z kwasem karbolowym odraża czyli desinfekcyonuje w równych okolicznościach mocniej, niż każda z tych substancyj z osobna, W. R. Dianin zaś wykrył, że z działania tych dwóch ciał na siebie powstają nowe połączenia, chlorofenole. Z poszukiwań w pracowni prof. Nenckiego wypada dalej, że zarodniki zarazy śledzionowej nie ginące nawet po 20-tu dniach w 5% kwasie karbolowym giną w 2% rozczynach parachlorofenolu po 2 godzinach, metachlorofenolu po 10 godzinach a ortochlorofenolu po 4 dniach.

Te okoliczności skłoniły autora do prób terapeutycznych z ortochlorofenolem i parachlorofenolem w chorobach gardła i krtani.

Ortochlorofenol jestto płyn oleisty, wonią przypominający kwas karbolowy, tężejący w ciepłocie 7° a wrzący

w 175 do 176°. Z wyskokiem, eterem, gliceryną, tłuszczami i olejkami eterycznemi mięsza się w każdym stósunku, w wodzie zaś rozpuszcza się mało (w ciepłocie 20° tylko 2·5%). Parachlorofenol jest w zwykłej ciepłocie ciałem stałem, krystalicznem. Kryształy te topią się w 37° i tworzą płyn wrzący w 217°. Smak i zachowanie się względem różnych substancyj płynnych podobne, jak ortochlorofenolu, w 20° tworzy z wodą rozczyn tylko co najwięcej 1·9%. Obydwa te połączenia chemicznie czyste wyrabia znana fabryka Dra F. Heydena w Radebeul pod Dreznem.

Autor używał obydwóch chlorofenolów głównie w gruźlicy tudzież w przeroście i przewlekłem obrzmieniu błony śluzowej górnych dróg oddechowych w rozczynach glicerynowych 5%, 10% i 20% albo w postaci czystego, roztopionego parachlorofenolu. Miejsce schorzałe pomazywano pędzelkiem lub pęczkiem waty albo za pomocą strzykawki Heryngowskiej wstrzykiwano płyn wymieniony. Ból po zastósowaniu parachlorofenolu jest nieznaczny i trwa krótko; z tem wszystkiem dobrze jest u osób tkliwych pomazać miejsca, na które ma przyjść wiadomy przetwór, rozczynem 10% wodochlorku kokainy. Pod względem praktycznym ważną jest okoliczność, że po użyciu rozczynów nawet 10 i 20% nie ma żadnego odczynu. Autor przekonał się o pomyślnem działaniu podanego sposobu terapeutycznego w zmianach gruźliczych krtani i gardła; wrzody czyściły się, podmiotowe dolegliwości zmniejszały się, chrypka ustępowała. Działanie było tem lepsze, im powierzchowniejszemi były zmiany gruźlicze; zmiany głębokie wymagały leczenia nawet kilkomiesięcznego. Wypadek ostateczny zależy oczywiście od skutku leczenia ogólnego.

Autor zaleca nader gorąco ortochlorofenol i parachlorofenol w przewlekłych zgrubieniach i obrzmieniach błony śluzowej nosa i gardła.

Również okazało się skutecznem użycie wymienionych przetworów w ropnych zapaleniach ucha środkowego i jamy Highmora.

Autor sądzi, że parachlorofenol ma bezwarunkowo wyższość nad innemi środkami, w gruźlicy krtani dotychczas używanemi, jak kwasem mlekowym, jodoformem, pioktaniną, mentolem i t. p. *(Therapeutische Mtshefte.* Lipiec 1894).

— O. Feige: Przyczynek do leczenia błonicy gardła. Autor używając długo napróżno rozmaitych środków wewnętrznych i zewnętrznych, miejscowych i ogólnych a bojąc się użyć sinku rtęci, *hydrargyrum cyanatum* (por. przepis nr. 59. str. 274. nru 20. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), postanowił spróbować pomazywań półtora chlorkiem żelaza już dawniej zaleconych.

W tym celu rozczynem półtorachlorku żelaza nieroztworzonym, tylko takim, jak go przepisuje farmakopea *(liquor ferri sesquichlorati)* pomazywał po dwa razy dziennie miejsca przez błonicę zajęte. Jestto wprawdzie postępowanie dla dzieci nadzwyczaj przykre, autor sądzi jednak, że tam, gdzie chodzi o poskromienie groźnego niebezpieczeństwa, nie wolno uwodzić się litością nie na miejscu. Zresztą trzy lub cztery pomazania wymienionym płynem zazwyczaj wystarczają do przełamania choroby, poczem zadaje się przez kilka dni wewnętrznie 3 do 4% rozczyn chloranu potasowego, zewnętrznie daje okłady Prissnitzowskie na szyję i wciera szaruchę w obrzmiałe gruczoły limfatyczne. Gorączka nie wymaga, zdaniem autora, osobnego leczenia. Co do jedzenia i picia, dawano chorym jaja, mocne rosoły, spore ilości Tokaju a na poskromienie pragnienia wodę, odwar z kwiatu lipowego, limonadę, wino czerwone z cukrem i t. p.

Na towarzyszącą zazwyczaj błonicy gardła błonicę nosa autor nie uważał, spływającą bowiem z nosa do gardła wydzielinę czynił nieszkodliwą już półtorachlorek żelaza a zresztą w błonicy gnilnej główne niebezpieczeństwo tkwi w przejściu choroby na krtań, czego właśnie unika się przez użycie półtorachlorku żelaza w sposób co właśnie podany.

Na 36 chorych tak leczonych a mających od ½ do 40 lat życia stracił autor tylko jednego trzechletniego z niezwykle wielkiem obrzmienie gruczołów limfatycznych; w żadnym przypadku, nawet w tym jednym zakończonym niepomyślnie, nie przyszło do zajęcia krtani ani do porażeń pobłoniczych.

Na podstawie przeto takiego doświadczenia zaleca autor gorąco rozczyn półtorachlorku żelaza do dalszych prób w leczeniu błonicy nie uważając go jednak bynajmniej za środek skuteczny w każdym bez wyjątku przypadku. *(Therapeutische Monatshefte.* Lipiec 1894).

— Do przyrządzania proszku mięsnego, niekiedy bardzo w odpowiednich przypadkach przydatnego poleca Huggard następujący przepis: mięso chude, pokrajane na cienkie paski zanurza się na kilka minut do gorącego tłuszczu, dopóki nie nabierze barwy brunatnej, poczem kładzie się na chwilę na sito, następnie sieka drobno i suszy powoli przez 24 godzin w piecu przy powolnym ogniu i miele w zwykłym młynku od kawy. Proszek mięsny w ten sposób otrzymany ma smak i zapach bardzo przyjemny, jest nader strawny i utrzymuje się w suchości i po usunieniu wpływu powietrza dosyć długo w dobrym stanie.

— *Tinctura strophanti* przeciw okresowemu opilstwu. Na podstawie przypadkowego spostrzeżenia, w którem po użyciu *tincturae strophanti*, zadanej w celu podniesienia upadającej czynności serca u pijaka podczas napadu okresowego opilstwa widziano nudności i wstręt niePrzezwyciężony a trwały do wyskoku, użył Skworcow u dwóch jeszcze chorych, podlegających napadom opilstwa z bardzo dobrym skutkiem wymienionego nastoju i przekonał się, że lek ten wywoływał u nich nudności a potem obfite poty i trwale wyleczył ich z opilstwa. *(Le Formulaire.* Lipiec 1894).

— Przeciw bólowi głowy w chorobach serca i nerek zaleca się użycie pigułek podług przepisu:

88)	Rp.	*Pulv. foll. digitalis*	*1·00*
		Antipyrini	*10·00*
		Coffeini	*1·50*
		Natrii benzoici	*2·00*
		Cocaini muriatici	*0·50*
		Opii pulverati	*0·50*
		Pulv. radd. cort. chinae	
		Glycerini $\widehat{aa}$ *q. s.*	

F. l. a. pill. quinquaginta.

S. Zażywać po 1 do 5 pigułek w miarę potrzeby. *(La médecine moderne.* 32. 1894).

— Przeciw liszajowi *(herpes)* części płciowych zaleca Besnier — jeżeli jest suchy, maść:

89)	Rp.	*Lanolini*	
		Ungti cinerei $\widehat{aa}$	*5·00*
		Olei olivarum	*2·50*

jeżeli zaś jest wilgotny, obmywanie słabym roztworem kwasu karbolowego lub borowego a następnie zasypywanie proszkiem:

90)	Rp.	*Amyli*	*20·00*
		Bismuthi subnitrici	*0·20*
		Tannini	*1·00*

MDS. Zewnętrznie.

(Annales de médecine. 23. Maja 1894).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 16. Maja 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto bez zmian.

2) Kol. Przewodniczący przedstawia list z Towarzystwa Lekarzy galicyjskich, zapraszający Tow. Lek. krakowskie do wyboru jednego członka do komitetu sędziów wystawy lwowskiej i proponujący na tę

godność jednego z delegatów Tow. Lek. Krak. do Rady zarządzającej. W myśl wniosku komitetu Towarzystwa wybrano kol. Dra Bylickiego Władysława ze Lwowa.

3) Przed rozpoczęciem porządku dziennego zabrał głos kol. Ponikło w następującej sprawie:

Za inicyatywą naszego Towarzystwa ustanowił komitet centralny Zjazdu międzynarodowego w Rzymie osobny komitet polski, równorzędne z innymi stanowisko zajmujący. Zdaniem mojem zasłużył Przewodniczący tego komitetu na uznanie z naszej strony, że myśl tu powziętą przeprowadził z całą sumiennością i w Rzymie w sposób godny narodowość naszą reprezentował. Wnoszę przeto: Towarzystwo Lekarskie krakowskie uchwali wyrazić prof. drowi Cybulskiemu uznanie za kierowanie komitetem polskim na Zjeździe międzynarodowym w Rzymie i poleci zapisać to w protokóle posiedzenia dzisiejszego (Spraw. wł.). Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. Kryński przedstawia preparat z operacyi wykonanej przed kilku godzinami w klinice chirurgicznej przez prof. Rydygiera. Przypadek dotyczy mężczyzny 42-letniego, u którego przed 7 miesiącami powstał w jamie brzusznej guz, mający w chwili operacyi wielkość dwóch pięści dorosłego mężczyzny. Guz ten zarówno przez cały czas swego rozwoju, jak też i podczas obserwacyi chorego w klinice nie sprawiał żadnych zgoła zboczeń ze strony przewodu pokarmowego. Co do własności guza, to przedstawił się on jako ciało miękkie, elastyczne, nie chełbocące, dość ruchome w jamie brzusznej, mieszczące się w prawem podbrzuszu, zkąd z łatwością można było wyprowadzić je poza linię środkową, ku górze zaś do brzegu żeber, przyczem podczas największego przesunięcia guza ku górze wyczuć było można przez powłoki brzuszne kilka mocno napierających się pasem idących od guza ku dołowi. Wątroba i nerki zarówno pod względem anatomicznym jak i czynnościowym przedstawiały się prawidłowo. Rozpoznawaliśmy przeto nowotwór złośliwy jelita, prawdopodobnie ślepego. Laparotomia dziś wykonana potwierdziła rozpoznanie guza, lecz okazała, iż siedliskiem jego było nie jelito ślepe, lecz cienkie, które zajęte było przez nowotwór w obszarze dwudziestu kilku centymetrów. Prof. Rydygier wyciął nowotwór wraz z częścią jelita i przecięte poprzecznie końce jego zeszył zwykłym szwem Czernego-Lamberta, wyjąwszy nadto powiększone najbliższe gruczoły chłonne krezkowe. Wydobyty preparat przedstawia guz o kształcie nieprawidłowo wrzecionowatym, otaczający naokoło odcinek jelita cienkiego i powstały głównie kosztem jego błon zewnętrznych, błona zaś śluzowa pokrywa od wnętrza światło jelita w całym prawie obszarze, z wyjątkiem powierzchni wielkości 2-ch złotych reńskich srebrnych, owrzodziałej i nierównej. Zasługuje również na uwagę ta okoliczność, iż światło jelita w miejscu nowotworu nietylko nie było zaciśnięte, lecz przeciwnie rozszerzone, tworząc wewnątrz guza dość obszerną jamę i tylko przy samym jego końcu, w miejscu przejścia w ścianę jelita zdrowego jest nieznaczne zwężenie światła jelita, które poniżej guza jest nieco węższe, niż tuż powyżej. Te dwie okoliczności: obecność błony śluzowej i brak zaciśnięcia światła tłómaczą nam ten na razie dziwny brak wszelkich zboczeń ze strony kiszek. (Późniejsze badanie mikroskopowe wykazało budowę guza mięsakową o komórkach drobnych, okrągłych. Chory w 3 tygodnie po operacyi opuścił klinikę w zupełnie dobrem zdrowiu).

W dyskusyi oświadcza kol. Obaliński, iż rozszerzenie wewnątrz guza stanowi następstwo zwężenia światła jelita na granicy nowotworu; zwężenie to, jakkolwiek niewielkie, utrudniało krążenie kału, na co wskazuje także i przerostowe zgrubienie ściany powyżej przeszkody. Mówca w ostatnich czasach operował także ciekawy przypadek kiszkowy, tylko że nie był to nowotwór, lecz promienica jelit; chora ta przedstawiona będzie na przyszłem posiędzeniu.

5) Kol. Zoll demonstruje nowy przyrząd t. zw. wojenny (*Kriegsapparat*) Hessinga, służący do ustalenia na polu bitwy uszkodzonej kończyny dolnej i objaśnia sposób jego użycia. Główną myślą wynalazcy było ze względu na wielkie trudności podania pierwszej pomocy w przyszłej wojnie wobec nowych, dalekonośnych pocisków, dać możność jak najczystszego opatrzenia rannej nogi tak, aby ranny w takim opatrunku o własnych siłach lub przy małej tylko pomocy był w stanie dostać się do lazaretu polowego.

W dyskusyi jest zdania kol. Rydygier, iż bez wypróbowania niepodobna orzec, o ile przyrząd taki okaże się praktycznym i odpowie dobrze swemu zadaniu. O ile jednak sądzić można na razie, nie jest użycie jego tak idealnie prostem i założenie wymaga stósunkowo dość czasu i umiejętności. Gdyby można mieć niższą służbę sanitarną wyćwiczoną w szybkiem zakładaniu tych przyrządów, to mogłyby one oddać usługi na polu bitwy i transportowanie w nich chorych byłoby niewątpliwie pewniejsze.

Kol. Obaliński przypuszcza, iż prelegent źle pojął myśl Hessinga, który nie chce, aby ranny ze zdruzgotaną nogą po założeniu takiego przyrządu mógł zaraz sam chodzić, lecz aby można go bez uszkodzenia przewieść do opatrzenia. Zresztą zdaniem mówcy, aparat Hessinga może nadać się dobrze nietylko jako opatrunek tymczasowy, lecz i jako przyrząd na stałe do leczenia złamań i w tym względzie zamierza mówca wypróbować działanie jego na chorych w szpitalu.

Kol. Kryński prosi prelegenta w celu wyjaśnienia nieporozumienia o przytoczenie oryginalnego twierdzenia samego Hessinga co do zastósowania i działania przyrządu.

Kol. Zoll odpowiada, iż w broszurze swej Hessing mówi wyraźnie, że ranny po założeniu przyrządu może wstać i iść o własnych siłach, co ogromnie ułatwi zadanie służby transportowej.

6. Kol. Obaliński okazuje nową maskę do narkozy eterowej według Wanschera, zmodyfikowaną przez Grossmanna, opisuje sposób jej użycia i w dłuższem przemówieniu na podstawie zarówno statystyki Gurlta jak i własnych obserwacyj wykazuje znakomite, zdaniem jego, zalety narkozy eterowej w porównaniu z chloroformową, która coraz więcej traci zwolenników na korzyść pierwszej.

W dyskusyi oświadcza kol. Wachholz, że zachwalanie narkozy eterowej nie jest nowością, albowiem od czasu, gdy w r. 1848. Simpson wprowadził chloroform jako środek znieczulający w miejsce zachwalanego przez angielskich i amerykańskich lekarzy eteru, pierwszy choć zdobył sobie w praktyce uznanie, to jednak od czasu do czasu ustępował miejsca eterowi, lecz na to tylko, aby znowu wrócić do pierwotnego swego znaczenia.

Cała wyższość narkozy chloroformowej polega na łatwości jej wykonania i na pewności skutku. Eter stósowany w ten sam sposób jak chloroform, przedłuża znacznie czas, zanim nastąpi narkoza albo bardzo często narkozy pożądanej nie sprawia, wreszcie przedłuża okres pobudzenia. Aby narkozę eterową uczynić łatwiejszą i w skutku pewniejszą, podali autorzy dawniejsi szereg odpowiednich masek, jak n. p. Clover, Ormsby, Hawksley i inni. Z kolei najnowszą maską, lecz zdaje mi się, również wartości efemerycznej, jest maska przedstawiona tu przez prof. Obalińskiego. Mówca sądzi, iż punktem słabym jej jest to samo, co i w innych skomplikowanych maskach dla narkozy eterowej, t. j. że za jej użyciem wprawia się chorego umyślnie w asfiksyą. Powietrze wydechowe trujące nie tyle przez obecność CO_2, jak raczej przez obecność pewnych lotnych produktów ze spalenia w ustroju powstałych, gromadzące się w pęcherzu i mięszające się z parami eteru może stać się dla chorego wprost zabójczem. Jeźli zaś, co jest koniecznem, od czasu do czasu będzie się maskę od ust chorego odejmować i zasilać ją świeżem powietrzem, wówczas, zdaje się, ta narkoza eterowa równie będzie niepewną w skutku i długą, jak w razie użycia eteru za pomocą zwykłej maski Esmarcha.

Jeżeli się mówi, że eter jest o wiele bezpieczniejszym od chloroformu, to tylko na tej podstawie, że działanie chloroformu jest o wiele lepiej wypróbowane, że większą liczbę narkoz dotąd nim wykonano a więc i więcej przypadków smutnych przy nim dostrzeżono. Jednak statystyka ze szpitali angielskich i amerykańskich przekonywa, że i eter daje znaczny a przynajmniej nie o wiele mniejszy procent śmierci. Zresztą pod względem toksykologicznym różnica działania eteru a chloroformu jest ta, że pierwszy poraża ośrodek oddechowy a drugi ośrodki serca. Który z nich zatem pod względem działania toksykologicznego lepszy, nie można rozstrzygnąć; i jeden i drugi niedobry.

Zbierając uwagi te, dochodzi mówca do przekonania, że tak maska Wanschera, jak i obecny zwrot ku narkozie eterowej będzie tylko przemijającym a jeźli nauka nasza nie zdobędzie jeszcze środka nowego, któryby odpowiedział zasadzie *cito et tuto*, wróci praktyka chirurgiczna do potępionego na razie chloroformu. (Sprawozd. własne).

Kol. Rydygier przytacza, iż w klinice chirurgicznej od lat 5-ciu używa się od czasu do czasu narkozy eterowej w tych głównie przypadkach, gdzie ma się do czynienia z chorymi bardzo osłabionymi lub ze zboczeniami serca. Jakkolwiek dotychczasowe wyniki są zupełnie pomyślne, mówca nie zapatruje się tak różowo na przyszłość narkozy eterowej, która ma także wiele stron ujemnych i sądzi, że nie wyruguje ona zupełnie chloroformu, z użycia którego przypadki śmiertelne prawie zawsze należy kłaść na karb nieuwagi narkotyzującego.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 26. Lipca 1894 r.

— **VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich** we Lwowie rozpoczął swe czynności w dniu 23. b. m. pierwszem ogólnem posiedzeniem odbytem w hali muzycznej na placu wystawy.

Zgromadzenie powitał imieniem komitetu gospodarczego protomedyk Dr. Merunowicz, tłómacząc zwróceniem się sił lekarskich ku walce z cholerą słabszy, niżby być powinien, udział lekarzy w wystawie i wskazując jako dobrą wróżbę bliskie już otwarcie wydziału lekarskiego we Lwowie, poczem na jego propozycyą wybrano przez aklamacyą prezesami honorowymi Zjazdu Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego, prof. Dra Ludwika Teichmanna i Dra Franciszka Hoszarda.

Na pierwsze posiedzenie ogólne wybrano prezesem prof. Dra Ignacego Baranowskiego z Warszawy, zastępcami prezesa Drów Augusta Kwaśnickiego z Krakowa, Ludwika Krzyżanowskiego, Teodora Dunina i Władysława Gosiewskiego wszystkich z Warszawy, sekretarzami Drów Ludwika Guranowskiego i Witolda Szumlańskiego, obydwóch z Warszawy, Józefa Siemiradzkiego i Ignacego Zakrzewskiego, obydwóch ze Lwowa.

Na drugie posiedzenie ogólne wybrano prezesem prof. Dra Alfreda Obalińskiego z Krakowa, zastępcami prezesa Dra Jana Szumana z Torunia, prof. Dra Augusta Witkowskiego z Krakowa, Bronisława Znatowicza z Warszawy i aptekarza Szymańskiego z Poznania, sekretarzami proff. Drów Juliana Schrama z Krakowa i Władysława Niemiłowicza ze Lwowa, Drów Konstantego Sierpińskiego z Warszawy i Rudolfa Zubera ze Lwowa.

Po krótkiem przemówieniu Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego dziękującego za wybór, zabrał głos prof. Dr. Ignacy Baranowski obejmując przewodnictwo posiedzenia, oddał hołd pamięci inicyatora Zjazdów Dra Adryana Baranieckiego i wskazał na postęp piśmiennictwa lekarskiego polskiego w ostatnich 25 latach, poczem powitali zgromadzonych Dr. Franciszek Hoszard imieniem Wydziału krajowego, Dr. Mochnacki, prezydent imieniem miąsta Lwowa i Adam książę Sapieha imieniem Dyrekcyi wystawy.

Następnie odczytano telegramy i listy zawierające życzenia dla prac Zjazdu.

Z Krakowa nadesłał JEks. P. Minister wyznań i oświaty Dr. Stanisław Madejski telegram: Nie mogąc osobiście Panów powitać, ślę najserdeczniejsze życzenia, aby Wasze obrady wydały plon bogaty.

Z Warszawy wyrazili życzenia Dr. Alfred Sokołowski, Dr. Bolesław Gepner, Dr. H. Dobrzycki imieniem redakcyi *Medycyny*, Dr. Pawiński i Dr. Sommer, z Poznania prof. Dr. Wicherkiewicz imieniem Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Benzelstjerna Engestroem imieniem zarządu tegoż Towarzystwa, Dr. Heliodor Święcicki i Dr. Bolesław Kapuściński, z Ciechanowa Dr. Rajkowski, z Krakowa Dr. Domański imieniem redakcyi *Przeglądu lekarskiego*, prof. Drowie Pareński i Rydel. JEks. Dr. Majer nadesłał list, w którym usprawiedliwia się, iż z powodu niedomagania na zdrowiu, nie może brać udziału w Zjeździe i przesyła serdeczne życzenia dla prac Zjazdu.

Na wniosek Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego uchwalono wysłać do JEks. Dra Majera telegram z podziękowaniem za życzenia.

Następnie odczytano dalsze telegramy: z Karlsbadu od Dra M. Reichmanna, z Fryburgu w Szwajcaryi od prof. Dra Józefa Kowalskiego, z Pragi od Dra K. Chodounskyego i od redakcyi Czasopisu lekarzy czeskich, z Krynicy od Dra Kopffa i radcy Sokołowskiego, z Kissingen od Dra Franciszka Chłapowskiego, prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego i ze Szczawnicy od Dra Władysława Ściborowskiego.

Z porządku dziennego miał prof. Dr. Ludwik Teichmann, powitany przeciągłemi oklaskami, odczyt: O ogólnych stósunkach mózgu ludzkiego i okazał preparaty tego organu zrobione własnym a osobliwym sposobem. Hucznemi oklaskami podziękowano prelegentowi za ten wykład.

Do komisyi mającej przedstawić wnioski w sprawie przyszłego Zjazdu wybrano Drów Drobnika z Poznania, prof. Jordana z Krakowa i prof. Fabiana ze Lwowa.

Referenci komitetu gospodarczego zdali sprawę z wykonania uchwał poprzedniego Zjazdu w Krakowie odbytego.

Zaprosili członków Zjazdu: Włodzimierz hr. Dzieduszycki do zwiedzenia swego muzeum, prof. Dr. Kadyi do zwiedzenia budujących się zakładów przyszłego Wydziału lekarskiego we Lwowie a poseł i członek Wydziału krajowego Dr. Hoszard do zwiedzenia zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie.

Zjazd podzielił się na 13 sekcyj. Zapowiedziano referatów lub wykładów w sekcyi medycyny teoretycznej 44, w sekcyi higieny i medycyny sądowej 26, w sekcyi medycyny wewnętrznej 27, w sekcyi chirurgicznej 17, ginekologiczno-położniczej 24, okulistycznej 10, weterynarskiej 10, chemiczno-farmaceutycznej 20, matematyczno-fizycznej 8, geograficzno-geologicznej 9, zoologicznej 7, wreszcie w botanicznej 5.

Z dalszego przebiegu Zjazdu możemy w tej chwili tylko w krótkości zdać sprawę. Po południu dnia 23., dnie 24. i 25. b m. poświęcono na posiedzenia sekcyjne, odbywające się po dwa razy dziennie a w wolnych od posiedzeń chwilach zwiedzano miasto, szpitale i wystawę. Wieczorem dnia 25. b. m. odbył się bankiet z udziałem koło 400 osób, między niemi wiele pań.

Dnia 26. b. m. odbyło się w hali muzycznej na placu wystawy drugie ogólne a zarazem ostatnie posiedzenie Zjazdu.

Dr. Nussbaum z Warszawy miał odczyt: O wpływie czynnika duchowego na sprawy chorobowe, poczem uchwalono cały szereg wniosków sekcyjnych i postanowiono, że przyszły Zjazd odbyć się ma w Poznaniu.

Po przemówieniach prof. Dunikowskiego, Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego, Gorajskiego, Dra Szumana i prof. Obalińskiego zamknięto Zjazd o wpół do 2-giej po południu.

Po Zjeździe ma odbyć się wycieczka jednodniowa w góry stryjskie i kilkudniowa do zdrojowisk krajowych.

— Towarzystwa antropologiczne niemieckie i wiedeńskie odbędą swe drugie zebranie w Inspruku od 24. do 28. Sierpnia. Zagai je prof. Virchow.

Redakcya otrzymała:

Dr. K. Szadek (z Kijowa): Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałków i przełyku. (Odbitka z *Przeglądu chirurgicznego*).

Doc. Dr. R. Trzebicky (z Krakowa): Ein Beitrag zur osteoplastischen Resektion des Fusses nach Wladimirow-Mikulicz. (Odbitka z *Wiener med. Wochenschrift*).

Dr. Jan Prus (we Lwowie): O działaniu na krew i wartości dyagnostycznej malleiny. (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.